

استئصال كيسات المبيض البسيطة عن طريق تنظير البطن

عزام أبو طوق*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: تُعدُّ كيسات المبيض من الشُّيوع حيث تحدث في الأعمار كلّها من البلوغ وحتى الضهبي، وأكثر أورام المبيض الخبيثة والسليمة كيسية المنشأ، لذا كانت التداخلات العلاجية من الأهمية حيث البحث الدائم عن الطرائق الأفضل والأقلّ رضاً وآثاراً جانبية. توصيف حالات استئصال كيسات المبيض البسيطة عن طريق تنظير البطن من حيث الميزات والعيوب.

مواد البحث وطرائقه: الدّراسة من النوع المستقبلي الوصفي لـ 45 مريضة؛ شخص وجود كيسات مبيض بسيطة لديهنّ، بين عامي 1996-2009. أخذت البيانات عن طريق استبيان خاص بالدراسة، ثمّ رمزت هذه البيانات وأدخلت إلى برنامج SPSS الخاص بالحاسوب.

النتائج: راوحت أعمار المريضات بين 22 سنة و39 سنة، وكان لدينا 11 مريضة غير متزوجة بنسبة 24%، و34 مريضة متزوجة بنسبة 76%.

كان العرض الأساسي وراء طلب المساعدة الطبية: ألم بطني 24%، وثقل أسفل البطن 11%، واضطرابات طمثية 49%، وعقم 16%.

جرى التشخيص من خلال التصوير الصّدي عبر المهبل بنسبة 76%، وعن طريق التصوير الصّدي البطني للنساء العذراوات 24%. راوحت أحجام الكيسات بين 3 سم و15 سم ووسطياً 8.7 سم. حدث انبثاق للكيسات خلال العمل الجراحي بنسبة 84%، دون أن يسجل لهذا الانبثاق أي آثار جانبية. راوحت مدة العمل الجراحي بين 30 إلى 60 دقيقة، ووسطياً 42.33 دقيقة، وبانحراف معياري 8.34.

ظهرت الاختلاطات القريبة المدى الآتية: الألم بنسبة 13%، وترفع حروري 9%، ولم تظهر اختلاطات في 78% من الحالات. كانت مدة إقامة المريضة بالمشفى بين 6 إلى 24 ساعة، ووسطياً 12.4 ساعة.

بعد متابعة المرضى الدورية وخلال ستة الأشهر التالية لاستئصال الكيسة ظهر ما يأتي:

استعادت 15 مريضة انتظامية الدورة الطمثية من أصل 22 مريضة عانين من الاضطرابات الطمثية، وبنسبة بلغت 68%. بينما استعادت 5 مريضات الإخصاب من أصل 7 مريضات عانين من العقم، وبنسبة 71%.

ولم يلاحظ أي حالات من الألم البطني أو الثقل بأسفل البطن. كانت الكيسات المستأصلة جميعها من النمط المصلي السليم - بعد الدراسة التّشريحية المرضية.

* أستاذ مساعد - قسم التوليد - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Simple Laparoscopic Ovarian Cystectomy

Azzam Abou-tok*

Abstract

Background & Objective: Ovarian pathology can occur at any time from fetal life to menopause. And the most common benign and malignant ovarian masses are cystic in origin, so the treatment is very important where continual search about the preferred ways, less invasion and less complications.

The aim of this study is to describe the advantages and disadvantages of the laparoscopic ovarian Cystectomy.

Methods & Materials: it is a record based descriptive prospective study of 45 patients that had been diagnosed of simple ovarian cyst between 1996 and 2009. Data have been extracted using questionnaires that have been designed for the purpose of the study, the questionnaires have been coded, entered into PC and analyzed using SPSS.

Results: I had patients between 22 years and 39 years, 11 patients were unmarried and 34 patients were married The parity was between 0 and 4

They complained of the following symptoms: 24%abdominal pain,11%lower abdominal discomfort,49%mensrual disorder,infertility16%. The diagnosis was made by transvaginal sonography 76%, and by transabdominal sonography 24%. The size of the cysts were ranged between 3 cm and 15 cm, with mean 8.7cm. The cysts ruptured during laparoscopy in 85% without any complications.

The duration of the operation was between 30 and 60 minutes, mean 42.33 minutes, and standard deviation 8.34. We had impending complications as following: abdominal pain 13%, fever 9%, and there were not any complication in 78%. The stay of the patients in the hospital were between 6 and 24 hours, mean 12.4 hours. After 6 months of follow up the patients: 15 patients return to the regularity of their menstruation (68%of 22 patients), where 5 patients returned their fertility (71.4 of 7 patients). All the cysts were serous in their type after pathologic reading of the specimens.

* Ass. Prof. Faculty of Medicine, Damascus University.

مقدمة:

تحول تنظير البطن في الجراحة النسائية خلال 35 سنة الأخيرة، من استخدامه لإجراءات صغيرة تشخيصية أو لربط البوقين إلى أن أصبح وسيلة جراحية كبرى. واليوم يُعدُّ من الإجراءات الجراحية الأكثر شيوعاً في طب النسائية¹؛ إذ إنَّ نصف حالات التَّعقيم الجراحي في الولايات المتحدة البالغ عددها 700000 حالة تجرى حالياً عن طريق التَّنظير^{2,1}.

ولإجراءاتٍ عديدةٍ وعلى رأسها استئصال كيسات المبيض، أو استئصال الحمل الهاجر؛ فإنَّ تنظير البطن يُعدُّ حالياً الإجراء المفضل، فعددُ الدراساتِ أكدت فعاليته بمقارنته مع فتح البطن الجراحي، حيث تراقق التَّنظير مع انخفاض في المراضة الحموية، وخبج السَّيبل البولي، وألم ما بعد العمل الجراحي، فضلاً عن عدَّة أكثر أماناً، وأقل اختلاطات ما بعد العمل الجراحي، وأقل كلفة، وأقصر مدةً من حيث الإقامة بالمشفى، وإحداثه للندب أقل، وعودة سريعة للمرضى لفعاليتهم اليومية^{2,3,4,5}.

تعددت استطبابات استخدام تنظير البطن في الجراحة النسائية، فكما ذكرنا أنَّ بعض الاستطبابات تكون تشخيصية كحالات العقم، وبعضها الآخر علاجي: استئصال الرحم، واستئصال الأورام الليفية، وربط البوقين، وفك الالتصاقات، وعلاج حالات الانتباز البطاني الرَّحمي، وعلاج حالات الحمل الهاجر، وأخيراً استئصال كيسات المبيض والتي سنبحثها هنا.^{2,1}

تراوح نسبة حدوث كيسات المبيض 5-15% حسب التنوع الإحصائي للمناطق المختلفة⁶.

نسبياً، تُقسَم كيسات المبيض إلى: تنشوية المنشأ، وأخرى تنشأ من خلل الإباضة الطبيعية (كيسات المبيض الوظيفية). إنَّ التَّمييز السَّريري بين هاتين الحالتين ليس بالسهولة حتى مع استخدام وسائل التَّصوير الصَّدوي، أو

استخدام الواسمات الورمية، لذلك تُعالج الحالات جميعها بشكلٍ متقارب⁶.

إنَّ آليَّة تشكُّل كيسات المبيض غير واضحة بالحقيقة. ولكن يُعتقَد أنَّ التَّنشؤ الوعائي angiogenesis هو عنصر أساسي في طوري الدورة الطَّمئية التكاثري واللوئيئي، وأيضاً في العديد من الآليات والإمراضيات التي تتشكُّل على حساب المبيض (مثل: الكيسات الجريبية، ومتلازمة المبيض المتعدد الكيسات، ومتلازمة فرط الاستثارة المبيضية، وتنشؤات المبيض السليمة والخبثية)، إنَّ هذا البرهان يمكن أن يُكشَف من خلال العامل المنمي للبطانة endothelial growth factor⁶.

يتنوع التعامل العلاجي مع كيسات المبيض بحسب مؤشرات السلامة والخبثية، فإذا كانت المؤشرات تشير إلى سلامة الكيسة فإن الاستئصال عن طريق التَّنظير خيار جيد، مع الحرص -قدر الإمكان- على إخراج الكيسات كاملةً لئلا تنبتق داخل البطن حيث قد تكون عابئية وهذه بمحتوياتها قد تؤدي إلى التهاب في البرتوان، وفي هذه الحالة يغسل البرتوان بالسوائل الفيزيولوجية. أما إذا كان الشكُّ بالخبثية مرتفعاً فإنَّه يمكن أن نجري تنظير بطن لأخذ خزعات وإجراء الخزعة المُجمَّدة، فإن دلت على الخبثية تجرى الجراحة المفتوحة في حال عدم توافر الأدوات والخبرة الكاملة في التعامل تنظيرياً مع الأورام النسائية^{7,1}.

المواد والطرائق:

الدراسة من الشكل المستقبلي الوصفي، واشتملت على الحالات التي تخص ممارستي السريرية في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في دمشق، خلال المدة من عام 1996 وحتى عام 2009. وهي تضم المريضات في سن النَّشاط التناسلي (20-45) سنة، واللواتي وضع لهن تشخيص كيسة مبيض بسيطة، وراجعن العيادة النسائية طلباً للعلاج.

سنخص بالذكر الحالات البسيطة التي توحى بالسلامة؛ حتى تكون مقاربتنا لها من السهولة بحيث يتمكن القارئ من الفهم السريع، ولنترك للمستقبل الحديث عن الحالات المركبة والخبثية.

وكانت معايير الإدخال إلى الدراسة هي وجود كيسة مبيضية عرضية تتميز بما يأتي: صدوياً: كيسات على حساب المبيض محددة الجدران بشكل واضح، ولا تحوي ظلالاً صدويةً نقطيةً أو كثافات. حجم الكيسة <3 سم وثلاث دورات متتالية، مع عدم التراجع على العلاج الدوائي. مخبرياً: عيار CA125 المصلي ضمن الحدود الطبيعية _ استبعدت الحالات التي سجلت ارتفاعاً في قيمته _.

جمعت المعلومات عن طريق استبيان خاص صمم من أجل هذه الدراسة، وقسم إلى عدة أقسام: الأول يضم معلومات عامة عن المريضة، والثاني عن الكيسة ومميزاتها، والثالث بيانات عن العمل الجراحي، والرابع بيانات المتابعة، ومن ثم أدخلت البيانات إلى الحاسوب

وحلت باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار 17.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). ملاحظة: أجري العمل الجراحي التنظيري تحت التخدير العام في الحالات كلها.

النتائج:

راوحت أعمار المريضات بين 22 سنة وحتى 39 سنة، وقد قسمن بحسب الجدول الآتي (الجدول 1):

جدول 1 يبين التوزع العمري للمريضات ضمن العينة المنتقاة.

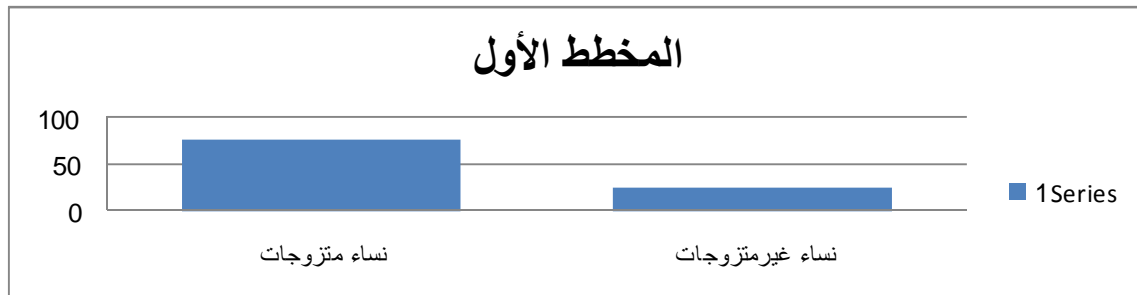
جدول 1 يبين التوزع العمري للمريضات ضمن العينة المنتقاة.

العمر	عدد الحالات	النسبة المئوية
22-25 سنة	7 حالات	16%
26-29 سنة	15 حالة	33%
30-34 سنة	12 حالة	27%
35-38 سنة	11 حالة	24%

بلغ وسطي العمر في العينة 30.1 سنة، وبانحراف معياري 4.43

وقُسمت المريضات إلى غير المتزوجات وشكلن 11 حالة 24%، ومتزوجات وشكلن 34 حالة 76% وذلك بحسب

المخطط الأول الآتي:



المخطط (1) توزع النساء من حيث الوضع العائلي لديهن

الجدول 2 توزع المريضات بحسب الأعراض التي عانين منها

الأعراض	عدد الحالات	النسبة المئوية
الألم البطني	11 حالة	24%
عدم الراحة بأسفل البطن	5 حالات	11%
الاضطرابات الطمثية	22 حالة	49%
عقم	7 حالات	16%

كان أكثر عرض شيوعاً سبب طلب المساعدة الطبية هو الاضطرابات الطمثية بنسبة 49%، ويعرض الجدول رقم (2) باقي الأعراض المسجلة مع نسبها.

أجري التشخيص باستخدام التصوير الصدوي عبر المهبل (Transvaginal sonography) وبنسبة 76%، وعن

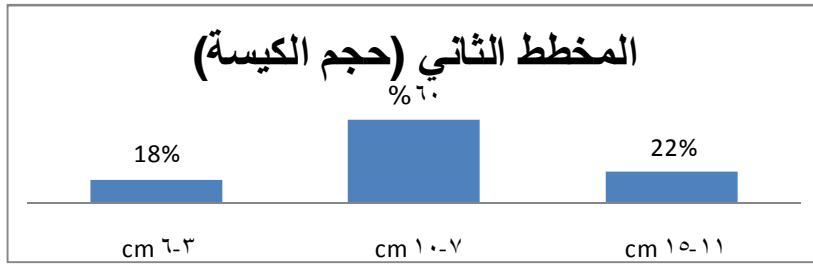
الجدول (3) : التوزيع بحسب أحجام الكيسات

النسبة المئوية	عدد الحالات	حجم الكيسات
18%	8 حالات	3-6 سم
60%	27 حالة	7-10 سم
22%	10 حالات	11-15 سم

بلغ حجم الكيسة وسطياً 8.71 سم، وبانحرافٍ معياري 9.1.

طريق التصوير الصدوي البطني - وذلك عند العذراوات - وبنسبة 24%.

راوحت أحجام الكيسات التي جرى استئصالها بالتنظير بين 3-15 سم، وفقاً للجدول التالي (الجدول 3):



المخطط (2) التوزيع بحسب أحجام الكيسات

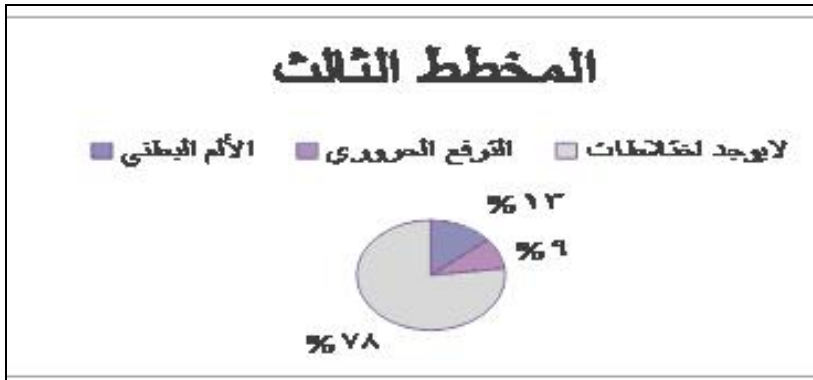
راوحت مدة العمل الجراحي من 30 دقيقة وحتى 60 دقيقة، ووسطياً 42.33 دقيقة، وبانحرافٍ معياري 8.34. (تعدُّ هذه الاختلالات قريبة الحدوث) (الجدول 4):

لم تسجل خلال العمل الجراحي اختلالات متعلقة بالجراحة التنظيرية، أو اختلالات تخديرية. إلا أنه حدث -خلال العمل الجراحي التنظيري- انبثاق للكيسات قبل انتهاء التسليخ لدى 38 حالة، وبنسبة 84%.

الجدول (4): التوزيع بحسب الاختلالات القريبة للعمل الجراحي

التنظيري

النسبة المئوية	عدد الحالات	الاختلال
13%	6 حالات	الأم
9%	4 حالات	ترفع حروري



المخطط (3): التوزيع بحسب الاختلالات القريبة للعمل الجراحي التنظيري

كانت مدة إقامة المريضة بالمشفى بين 6 إلى 24 ساعة استعادت 15 مريضة انتظامية الطمث لديها بشكل عفوي بعد العمل الجراحي، ووسطياً 12.4 ساعة. من أصل 22 مريضة عانين من الاضطرابات الطمثية، بعد متابعة المريضات دورياً، ومدة ستة أشهر بعد وبنسبة 68% منهن. والمريضات السبع الباقيات أعطين استئصال الكيسة كان لدينا ما يأتي:

التصميم الحذر للدراسة: جراح وحيد، ونوعية مريضات الدراسة.

حدث انبثاق للكيسة في أثناء التسليخ في 84% من الحالات، وكان عندها يلجأ لغسيل جوف البطن بالسائل، الفيزيولوجي بشكل جيد ومن ثم شفط هذا السائل، وبمراقبة هؤلاء السيدات بعد العمل الجراحي لم تسجل أي حالة التهاب بريتنوان كيمائي.

سجلت الدراسة اختلاطات قريبة بعيد العمل الجراحي بنسبة 13% للألم، و9% للترفع الحراري، وهذه النسب تتوافق مع ماتوصلت إليه دراسة Mahdavi et al³، ودراسة Medeiros et al⁹، وكلتا الدراستين أكدت - فضلاً عن ذلك - أن توارد هذه الاختلاطات في الجراحة التنظيرية أقل من الجراحة التقليدية المفتوحة.

بلغت المدة الوسطية للعمل الجراحي 42.33 دقيقة، مع مجال يبلغ 30-60 دقيقة، فيما سجلت دراسة Huang et al¹⁰ على 50 مريضة مع آفة مبيضية سليمة؛ مدة عمل جراحي بلغت 30-120 دقيقة، أمّا دراسة - سابقة الذكر - سجلت زمنًا وسطيًا يبلغ 82 دقيقة (مجال = 45-125 دقيقة).

ويعود هذا الفارق في زمن العمل الجراحي إلى اختلاف الشروط الموضوعية للاشتغال في العينة.

كانت مدة الإقامة في المشفى - بعد العمل الجراحي - تراوح بين 6-24 ساعة، مع مدة وسطية بلغت 12.4 ساعة، وهذا يوضح صغر مدة الإقامة في المشفى مقارنة بالجراحة المفتوحة، وهو ما توصل إليه Medeiros et al (9) في مراجعته للدراسات المنشورة في هذا المجال، أمّا دراسة Eltabbakh et al (8) فقد سجلت مدة وسطية للبقاء في المشفى بلغت 0.94 يوماً؛ مع تخريج 70% من المريضات في اليوم نفسه.

بمتابعة المريضات لمعرفة نتائج الجراحة على المدى المتوسط، وجد أن: الأعراض العامة (ألم بطني، حس ثق

الأدوية الهرمونية لتنظيم الطمث لديهن بعد التأكد من عدم نكس الكيسة.

بينما استعادت 5 مريضات القدرة الإخصابية من أصل 7 مريضات عانين من العقم، وبنسبة 71%.

ولم تلاحظ أي حالات من الألم البطني أو حس الثقل بأسفل البطن.

كانت الكيسات جميعها من النمط المصلي السليم بعد الدراسة التشرحية المرضية.

المناقشة:

هدفت هذه الدراسة إلى إظهار الدور الفعال والحاسم الذي حققه تنظير البطن في تدبير كيسات المبيض، والابتعاد عن الجراحة المفتوحة التقليدية. وقد حدد تصميم الدراسة هذه الكيسات بالكيسات الأمل للسلامة -تاركا الأنماط الأخرى لدراسات لاحقة-، في سن النشاط التناسلي.

كان العرض الأساسي لدى المريضات الذي اضطرهن لطلب المساعدة الطبية هو اضطراب الدورة الطمثية؛ وبنسبة 49% (45/22 مريضة)، فيما تراجع الألم البطني إلى 24% (45/11 مريضة)، على الرغم من أنه العرض الأكثر شيوعاً لكيسات المبيض².

سجلت 60% من الكيسات المستأصلة أحجاماً بلغت 7-10 سم، وهي الأحجام العرضية عادة، أمّا الكيسات الكبيرة < 10 سم؛ فقد بلغت نسبتها 22% (45/10 مريضة)، ورغم الجدل حول الاستئصال التنظيري لمثل هذه الكيسات إلا أن دراستنا لم تسجل أي اختلاطات عند هذه المجموعة، وهو ما يتوافق مع دراسة Eltabbakh et al⁸ عام 2008 على 33 سيدة لديهن كيسات كبيرة الحجم، إذ لم يسجل اختلاطات في أثناء الجراحة أو بعدها.

لم تسجل دراستنا أية اختلاطات في أثناء الجراحة استدعت تحويل العمل الجراحي إلى عمل جراحي مفتوح، أو اختلاطات مهمة بعد الجراحة، ويعزى ذلك إلى

بأسفل البطن)، قد اختفت تماماً. أصبحت الدورة الطمثية منتظمة لدى 68% من مريضات اضطراب الدورة الطمثية، فيما استعادت 71% من السيدات العقيمات القدرة الإخصابية، مع التنويه إلى وجود عوامل أخرى تتداخل في آلية الدورة الطمثية والإخصاب كانت مشاركة في عدم استفادة قسم من السيدات. لم يكن من المستغرب، وبحسب شروط الاشتغال في العينة؛ أن يكون النمط النسيجي للكيسات من نوع النمط المصلي السليم، وهو يؤكد القدرة التنبؤية سريراً بسلامة الكيسة، سواء بالتصوير الصدوي البطني (الذي استخدم لدى العذراوات)، أم باستخدام التصوير الصدوي عبر

المهبل، وهو ما يتفق مع ما توصلت إليه الدراسات العالمية المنشورة (11)، ففي دراسة Herrmann et al (12) كانت القدرة التنبؤية لاستبعاد الخباثة 95.6%.

الاستنتاج:
يعدُّ تنظير البطن الإجراء الأمثل لعلاج كيسات المبيض البسيطة إذ يؤمن الأمان من حيث قلة الآثار الجانبية، استعادة فعالية الحياة اليومية بشكلٍ سريع، فضلاً عن فعاليته في استعادة انتظام الدورة الطمثية، والقدرة الإخصابية الطبيعية.

Reference

1. William W H, Tommaso F, Howard T S. Gynecologic Laparoscopy. Nov 4, 2004
2. Berek JS. Berek&Novak,s Gynecology, 14th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins,2007.
3. Mahdavi A, Berker B, Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic management of ovarian cysts. Obstet Gynecol Clin North Am.2004;31(3):581-92
4. Hidlebaugh, DA, Vulgaropulos, S, Orr, RK. Treating adnexal masses. Operative laparoscopy vs. laparotomy. J Reprod Med 1997; 42:551.
5. Fanfani, F, Fagotti, A, Ercoli, A, et al. A prospective randomized study of laparoscopy and minilaparotomy in the management of benign adnexal masses. Hum Reprod 2004; 19:2367.
6. John O. Schorge, et al. Williams' Gynecology. McGraw-Hill, 2008. Section 1 Chapter 9.
7. Raiga J, Djafer R, Benoit B, Treisser A. Management of ovarian cysts. J Chir (Paris). 2006;143(5):278-84
8. Eltabbakh GH, Charboneau AM, Eltabbakh NG. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts. Gynecol Oncol. 2008;108(1):72-6.
9. Medeiros LR, Fachel JM, Garry R, Stein AT, Furness S Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumours. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD004751.
10. Huang XD, Chen WP, Wu MQ. Laparoscopic operations for benign ovarian cysts: report of 50 cases. Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao. 2005;25(10):1329-30
11. Simcock B, Anderson N Diagnosis and management of simple ovarian cysts: an audit. Australas Radiol. 2005;49(1):27-31
12. Herrmann UJ, Locher GW, Goldhirsch A. Sonographic patterns of ovarian tumors: prediction of malignancy. Obstet Gynecol 1987; 69: 777-81

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2010/2/23.

تاريخ قبوله للنشر 2011/7/27.